

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

No

559

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 16 Juillet 1901, à 1 heure

Par J. MATHEVET

Né à Baffie (Puy-de-Dôme), le 21 juillet 1864.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

HERNIE INGUINO INTERSTITIELLE

Président : M. BERGER, professeur.

Juges : MM. RÉMY, professeur.

RICHELOT et FAURE, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

L. BOYER

15, Rue Racine, 15

1901

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N^o 359

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 16 Juillet 1901, à 1 heure

Par J. MATHEVET

Né à Baffle (Puy-de-Dôme), le 21 juillet 1864.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA

HERNIE INGUINO INTERSTITIELLE

Président : M. BERGER, professeur.

Juges : MM. RÉMY, professeur.

RICHELOT et FAURE, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

L. BOYER

15, Rue Racine, 15

1901

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

Professeurs

Anatomie.....	MM.	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.	GABRIEL.
Physique médicale.....	GAUTIER.	BLANCHARD.
Chimie organique et chimie minérale.....	BOUCHARD.	HUTINEL.
Histoire naturelle médicale.....	BRISAUD	LANNELONGUE.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CORNIL.	MATHIAS DUVAL
Pathologie médicale.....	BERGER.	POUCHET.
Pathologie chirurgicale.....	LANDOUZY.	PROUST.
Anatomie pathologique.....	BROUARDEL.	CHÉJERNE.
Histologie.....	CHANTERMESSE.	JACCOUD.
Opérations et appareils.....	HAYEM.	DIEULAFOY
Pharmacologie et matière médicale.....	DEBOVE.	GRANCHER.
Thérapeutique.....	JOFFROY.	FOURNIER.
Hygiène.....	RAYMOND	TERRIER.
Médecine légale.....	DUPLAY.	LEDENTU
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	TILLAUX.	PANAS.
Pathologie expérimentale et comparée.....	GUYON.	PINARD.
Clinique médicale.....	BUDIN.	POZZI.
Clinique des maladies des enfants.....	KIRMISSON.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		
Clinique des maladies syphilitiques.....		
Clinique des maladies du système nerveux.....		
Clinique chirurgicale.....		
Clinique ophthalmologique.....		
Clinique des maladies des voies urinaires.....		
Clinique d'accouchement.....		
Clinique gynécologique.....		
Clinique chirurgicale infantile.....		

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ALBAIGRAN.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BONNAIRE.	GILLES DE LA TOURETTE.	MENETRIER.	VARNIER.
BROCA Auguste.	HARTMANN.	MERY.	WALLICH.
BROCA André.	HEIM.	REMY.	WALTER.
CHARRIN.	LANGLOIS.	ROGER.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WURZ.
DELBET.	LEGUEU.	TEISSIER.	
DESGREZ.	LEJARS.	THIERY.	

Chef des travaux anatomiques..... M. RIEFFEL.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA VAILLANTE MÈRE

A MES FRÈRES ET SOEUR

A MA FAMILLE

A MONSIEUR ALEXANDRE GAUTIER,

Inspecteur général honoraire de l'Université,
Officier de la Légion d'honneur.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERGER.

Chirurgien en chef de l'hôpital Beaujon,
Membre de l'Académie de Médecine et de la Société de Chirurgie,
Officier de la Légion d'honneur.

AVANT-PROPOS

Longtemps nous n'avons connu de la hernie interstitielle que les belles et savantes pages qu'a écrites sur ce sujet M. le professeur Tillaux. Il nous semblait alors que le dernier mot avait été dit sur la pathogénie de cette grave affection et nous la croyions toujours due, comme le soutient cet auteur à l'absence ou à l'étroitesse de l'orifice externe du canal inguinal. Assistant un jour à l'hôpital Lariboisière à la cure radicale d'une hernie interstitielle par M. le docteur Peyrot, nous fûmes frappés de ce que nous considérions alors comme un fait nouveau, à savoir l'existence à peu près normale de l'orifice externe du canal inguinal.

M. le docteur Souligoux, chef de clinique de M. Peyrot nous assura que ce n'était pas un fait isolé et nous suggéra qu'il y avait là un sujet de thèse intéressant. Nos recherches personnelles nous permirent bientôt en effet, de constater que dans nombre de hernies interstitielles, l'orifice du grand oblique subsistait à peu près normal, que bien des chirurgiens ne croyaient pas à cette absence ou étroitesse de l'anneau externe comme cause principale de la hernie interstitielle et que

ce point avait déjà été plusieurs fois contesté, notamment en 1888 par M. Ricard cité par M. Aug. Broca, à la Société anatomique (1).

Les auteurs anglais et allemands qui dans ces dernières années ont repris l'étude de cette question ne semblent aussi ajouter qu'une importance secondaire à l'étroitesse de l'anneau externe dans la production de la hernie interstitielle; ils font jouer le principal rôle à l'ectopie testiculaire qui l'accompagne, sans être bien précis à ce sujet.

Aussi bien n'est-ce pas là uniquement ce qui nous a déterminé à écrire ces quelques pages? C'est aussi le mode de traitement qu'appliquent, dans certains cas, à ce genre d'affection, M. le docteur Peyrot et son chef de clinique, M. le docteur Souligoux que nous avons voulu décrire, traitement qui semble donner les meilleurs résultats, et qui est dans les grandes lignes celui qu'à préconisé M. le professeur Berger à la Société de Chirurgie dans sa séance du 4 janvier 1893, à propos d'orchidopexie.

Si ce modeste travail ne fait pas faire un grand pas à une question encore si controversée que celle de la pathogénie de la hernie interstitielle, il nous procurera du moins le plaisir d'exprimer publiquement nos sentiments de profonde gratitude aux maîtres qui ont dirigé nos études médicales.

D'abord à M. le docteur Souligoux, chef de clinique

(1) Aug. Broca. — *Bulletin de la Société anatomique*, 1888, t. II. 5^e série, p. 111.

à l'hôpital Lariboisière, pour son intarissable obligeance que nous avons si souvent mise à contribution.

A M. le docteur Thoinot dont les leçons si claires ont facilité nos débuts dans l'étude de la médecine.

A M. le professeur Dieulafoy.

Tout particulièrement à M. le docteur Troisier, qui tout en nous prodiguant sa science nous a toujours témoigné le plus vif intérêt.

A M. le professeur Budin ; à son chef de clinique M. le docteur Perret pour son accueil toujours si bienveillant.

A M. le docteur Peyrot à qui nous devons deux des observations qui font l'objet de notre thèse et dans le service de qui nous avons toujours été reçu avec une extrême bienveillance.

Enfin et surtout à M. le professeur Berger qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider la soutenance de notre thèse et plus d'une fois nous aider de ses conseils.

Définition.

La *hernie inguino-interstitielle* est une variété rare de hernie inguinale, variété aussi rare que grave. L'ectopie testiculaire qui la complique, les dangers d'étranglement auxquels elle est tout particulièrement sujette, la difficulté du diagnostic pour un praticien non prévenu, lui confèrent une importance de premier ordre.

Pour Goyrand d'Aix qui l'a décrite le premier sous le nom de *hernie inguino-interstitielle*, dénomination qui a prévalu, c'est : « une espèce de hernie dans laquelle les viscères sortis de l'abdomen par l'orifice supérieur du canal inguinal, ou par une ouverture anormale du fascia transversalis, au lieu de traverser le canal et de franchir son orifice externe, se logent dans sa cavité qu'ils dilatent et dans l'interstice de la paroi du ventre (1). » Tout en lui reconnaissant une autonomie dont elle n'avait pas joui jusqu'alors, Goyrand continue à la considérer comme une des phases que parcourt la

(1) Goyrand d'Aix. — *Mémoires de l'Académie de médecine*, 1836, p. 14.

hernie inguinale ordinaire avant de devenir scrotale. Ce n'est que depuis la remarquable étude de M. le professeur Tillaux (1) et la thèse de son élève G. Dreyfus sur ce sujet, que les auteurs classiques s'accordent à lui attribuer une individualité propre et à en reconnaître la nature congénitale.

« Dans la hernie inguino-interstitielle vraie, écrit M. Peyrot, l'intestin s'est engagé dans un sac préformé constitué par la persistance de la portion intra-inguinale du canal vagino-péritonéal, lequel semble oblitéré ou du moins rétréci au niveau de l'orifice cutané du trajet inguinal. » C'est dans ce trajet qu'elle dilate que la hernie inguino-interstitielle élit son domicile fixe, sans pouvoir jamais devenir scrotale, affirme M. Tillaux, en raison de l'absence ou de l'étroitesse de l'orifice externe du canal inguinal. Qu'une force quelconque l'oblige à se développer, elle dissociera les muscles de la paroi abdominale et s'insinuera dans leur interstice plutôt que de franchir l'anneau*externe.

« On a compris à tort dans cette variété, dit M. le professeur Berger (2), des hernies inguinales acquises qui n'occupent que le trajet inguinal et des laparocèles. » La plupart des auteurs allemands et anglais décrivent également à tort sous le nom de hernies interstitielles des hernies superficielles et des hernies propéritonéales

(1) Tillaux. — *Bulletin général de thérapeutique*, mars 1871, p. 209 et *Anatomie topographique*, p. 669.

(2) Dans son article « Hernies », du *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus,

dont ils font simplement des classes différentes. « Les hernies superficielles, sont dues dit M. Berger, à un arrêt de développement des muscles de l'abdomen et même de l'aponévrose du grand oblique ; les hernies de ce genre sont des hernies ventrales ; ce qui en distingue la hernie interstitielle vraie, ce qui caractérise essentiellement cette dernière en prouvant son origine congénitale, c'est la présence du testicule en ectopie dans la cavité du sac. »

Historique.

C'est une question bien française que celle de la hernie inguino-interstitielle. C'est en France qu'elle a été décrite d'abord et qu'ont paru les premiers travaux tendant à isoler cette grave affection d'une des phases de la hernie inguinale ordinaire. Puis, comme toutes les questions passionnantes, elle a passé à l'étranger, où sa pathogénie a été fort discutée pendant ces dernières années.

1^o En 1834, Goyrand d'Aix envoyait un mémoire à l'Académie de médecine, mémoire basé sur cinq observations, dont « trois seulement, dit M. Tillaux, sont réellement inguino-interstitielles ». Dans ce mémoire publié en 1836 (1), Goyrand propose un nom nouveau, celui de *inguino-interstitielle*, pour la hernie qu'il décrit sans en rechercher la nature exacte. « Pour lui la variété ne semble pas avoir d'importance; dans quelques cas très rares, on sera en présence d'une hernie directe ou oblique interne. Le plus souvent, il est vrai, il s'agira d'une hernie oblique externe, soit acquise,

(1) *Mémoires de l'Académie de médecine*, 1836, p. 14.

soit congénitale, avec testicule tantôt normal et tantôt ectopié, pouvant atteindre la femme aussi bien que l'homme (1). » Bref, c'est une hernie inguinale ordinaire arrêtée dans son évolution, qui, pour des raisons que Goyrand ne donne pas, ne franchit pas l'anneau externe du canal inguinal ou ne le franchit que tardivement, après s'être insinuée dans l'interstice des muscles de la paroi abdominale. Le sac serait recouvert par le prolongement du fascia transversalis refoulé.

A peu près à la même époque, en 1835 (2), un élève de Dupuytren, Marius Dance qui n'avait pas connaissance des travaux de Goyrand d'Aix, consacrait sa thèse inaugurale à l'étude de la même variété de hernie qu'il appelait *intra-pariétale*, dont il exposait assez nettement les symptômes et le diagnostic, mais dont il ne semble pas bien saisir la pathogénie. L'ectopie testiculaire est mentionnée, mais Dance ne paraît pas y ajouter d'importance.

Des trois observations qu'il rapporte, deux s'accompagnaient d'ectopie testiculaire et le testicule était à l'intérieur du sac herniaire en contact immédiat avec l'intestin. Ce sont bien là de véritables hernies intestinales.

Est-ce à dire qu'avant eux cette variété de hernie fut totalement ignorée? Certainement non. Voici comment s'exprime J.-L. Petit dans son *Traité des maladies*

(1) Aug. Broca. — *Bulletin de la Société anatomique*, 1888, t. II, 5^e série, p. 113.

(2) Marius Dance. — Thèse Paris, 1835.

chirurgicales : « J'ai vu plusieurs hernies situées sous l'aponévrose du grand oblique, de sorte que les parties après avoir poussé le péritoine au delà du muscle transverse et de l'oblique interne, n'ayant pu forcer l'anneau de l'oblique externe, s'étaient réfléchies contre cette aponévrose et l'oblique interne et y formaient une tumeur large et plate que je réduisais assez facilement et que le malade me dit avoir réduit lui-même plus de cent fois depuis dix ans qu'il en était affligé. » Des faits semblables furent publiés par Lecat, Hesselbach, Laurance, Velpeau, Richter, Boyer, etc. Mais jusqu'ici, cette variété est si bien considérée comme une des phases de la hernie inguinale ordinaire que dans son article hernie du dictionnaire en trente volumes Velpeau l'appelle *hernie inguinale incomplète* et en décrit quatre variétés distinctes : 1^o hernie occupant uniquement le canal inguinal ; 2^o remontant dans l'épaisseur du ventre ; 3^o franchissant en partie l'orifice externe ; 4^o oschéocèle ou bubonocèle. Et même plus tard, en 1859, Malgaigne, rappelant les divers degrés par lesquels passe fatalement une hernie inguinale ordinaire, pointe de hernie à laquelle succède le deuxième degré dans lequel la hernie n'a pas encore franchi l'orifice externe du canal inguinal, écrit les lignes qui suivent : « quand le sujet tousse, la hernie soulève la paroi abdominale au devant de ce canal et présente ainsi une saillie oblongue qui en affecte la direction ; plus rarement, elle le dilate dans tous les sens, en soulevant et décollant plus ou moins le grand et le petit oblique ; j'ai vu sur un sacristain de Saint-Sulpice, deux hernies in-

terstitielles qui avaient acquis le volume du poing. C'est ce que l'on a appelé hernie intra-pariétale ou interstitielle, et je lui ai conservé ce dernier nom.

Mais elle passait pour une exception rare avant que j'eusse fait voir que c'est là une phase nécessaire, inévitable de toutes les hernies obliques (1). »

C'est M. Tillaux qui surtout en a bien montré la nature congénitale. Il lui a consacré une assez longue étude en 1871 à propos d'un cas bien net de hernie inguino-interstitielle constaté chez un jeune soldat à l'ambulance de Mazières, près de Bourges et dont il publia les résultats dans le *Bulletin général de thérapeutique*, mars 1871, étude qu'il reprit plus tard dans son *Traité d'anatomie topographique*. A l'autopsie du sujet, il constata que « l'orifice cutané du canal inguinal était réduit à un pertuis ne livrant passage qu'à un filet nerveux ». M. Tillaux conclut en disant : « qu'on doit réserver le nom de hernie inguino-interstitielle à celle qui ne pouvant jamais devenir scrotale, élit son domicile dans le canal inguinal et consécutivement dans l'interstice de la paroi abdominale. » La cause principale de cette hernie réside dans l'absence ou l'étroitesse de l'orifice externe du canal inguinal, disposition intimement liée à l'ectopie testiculaire et cette dernière favorise par excellence la production de la hernie inguino-interstitielle qui est alors congénitale.

L'étranglement auquel cette variété de hernie surtout

(1) Malgaigne. — *Traité d'anatomie chirurgicale*, 2^e édition, 1859, t. II, p. 226.

est sujette est dû à « la compression exercée par l'intestin sur les deux plans contractiles qui le limitent en avant et en arrière ; le taxis, ajoute M. Tillaux est plutôt nuisible qu'utile dans la hernie inguino-interstitielle étranglée (1). » Quelques années plus tard, cette théorie était défendue de nouveau par un élève de M. Tillaux, Gaston Dreyfus, qui dans sa thèse inaugurale (2) s'attachait à démontrer que « la hernie interstitielle a une individualité propre », opinion qui devint désormais classique et fut adoptée dans le traité de Follin et Duplay (3). Contre cette théorie s'élève en 1888 M. Aug. Broca à propos de deux observations, l'une personnelle, l'autre de M. Ricard, de deux cas de hernies interstitielles avec testicule dans le scrotum. Ces observations que nous publions plus loin furent communiquées à la Société anatomique et M. Aug. Broca ajoutait : « Il est difficile avec nos observations actuelles de souscrire » à la théorie de MM. Tillaux et G. Dreyfus « Déjà, d'ailleurs la première et la deuxième observation de Goyrand la contredisent : l'une a trait à un homme dont le testicule était en place ; l'autre concerne une femme.

La hernie interstitielle conclut M. Broca, ne semble

(1) Tillaux. — *Bulletin général de thérapeutique*, mai 1871, p. 209. *Id. Traité d'anatomie topographique*, p. 669.

(2) G. Dreyfus. — Thèse Paris, 1877. De la hernie inguinale interstitielle, ses rapports avec l'ectopie du testicule.

(3) Follin et Duplay. — *Traité élémentaire de pathologie anatomique*, t. VII, p. 444, 1883.

pas avoir d'individualité propre ; c'est seulement, un groupe clinique, important en raison des erreurs de diagnostic auquel il peut donner lieu en cas d'étranglement. (1) » L'individualité une fois contestée, l'orateur recherche pourquoi le sac s'arrête ainsi en route. Sur ce point, il reconnaît que l'ectopie testiculaire et l'étroitesse de l'anneau externe dont M. Tillaux a bien fait ressortir le rôle doivent être pris en considération.

« La poussée intestinale, dit-il, peut trouver en ce point une résistance plus grande que dans l'adhérence des muscles larges entre eux. » Encore fait-il quelques réserves en raison de la préexistence du canal vagino-péritonal à la migration du testicule ? Ce qui l'amène à émettre l'idée que l'oblitération ou la perméabilité insuffisante du canal vagino-péritonéal au niveau de l'anneau inguinal externe pourrait jouer un rôle dans la production de cette hernie. »

Pour M. Berger qui l'a rencontrée un certain nombre de fois, c'est une hernie congénitale (2) « limitée à la dilatation intra-inguinale du canal vagino-péritonéal, dilatation, dans laquelle le testicule se trouve retenu en ectopie. L'orifice qui fait communiquer le sac avec l'abdomen est constitué par le rétrécissement que présente le canal au niveau de l'anneau inguinal interne. » Plus loin le mode de formation de cette variété de hernie est nettement indiqué.

Enfin tout dernièrement, 17 avril 1901, la *Presse*

(1) M. Aug. Broca, *loc. cit.*

(2) M. Berger. — Article « Hernies » du *Traité de chirurgie*, de Duplay et Reclus, t. VI.

Médicale (1) publiait une note sur une observation de M. Jeanbrau de Montpellier avec photographies à l'appui, observation qui semble être une vérification clinique et anatomique de la théorie soutenue par M. Tillaux pour expliquer la pathogénie de cette variété de hernie. L'orifice externe du canal inguinal faisait complètement défaut. (Nous publions plus loin cette note.)

2^o Cette question, avons-nous dit, a eu le don de passionner également les chirurgiens étrangers. En 1876, Krönlein publiait deux observations de hernie interstitielle dont il rappelait brièvement les caractères. Il revenait sur ce sujet en 1881, résumait vingt-quatre observations qu'il avait pu recueillir et s'étendait longuement sur l'étiologie et la pathologie de cette affection (2).

En 1885, Meinhardt-Schmidt dans un mémoire (3) communiqué au quatorzième Congrès des chirurgiens allemands rapportait les observations d'une hernie inguino-interstitielle qu'il avait opérée. Le testicule était dans le sac et ce dernier contenu tout entier dans le canal inguinal communiquait avec la grande séreuse péritonéale par un orifice qui, assure Meinhardt-Schmidt n'occupait pas la place normale de l'orifice inguinal interne, mais était reporté plus haut et plus en dehors vers l'épine iliaque antéro-supérieure. Il conclut à un vice de développement dû lui-même à une insertion vi-

(1) *Presse médicale*, 17 avril 1901.

(2) Krönlein cité par *Annals of surgery*. Décembre 1899, p. 696.

(3) Meinhardt Schmidt. — Erklärungsversuch zur Genese der Hernia inguinalis interstitialis und Hernia propéritonealis.

cieuse du gubernaculum testis. Le cordon serait alors trop court et le testicule ne pourrait plus arriver au bout du trajet inguinal ainsi allongé : Ce qui expliquerait l'ectopie testiculaire et la hernie consécutive.

Disons en passant que la même constatation a été faite par Lockwood et par M. Peyrot dans l'observation que nous rapportons plus loin.

Deux ans plus tard, Rumpel, dans sa thèse *Über den interstitiellen Leitenbruch*, contestait l'opinion de M. Schmidt. A son tour, pour expliquer la pathogénie de cette affection il fait deux hypothèses : ou la descente du testicule et de la hernie consécutive est empêchée par l'oblitération de la vaginale, ou cet arrêt est dû à une insertion vicieuse du gubernaculum testis.

Puis Kuester voulant généraliser et faciliter l'étude des différentes variétés de hernies inguinales, rapproche de la hernie interstitielle la hernie superficielle qu'il appelle inguno-superficielle pour éveiller sans doute l'idée d'une similitude dans leur évolution. Comme la première, d'après lui, elle doit être attribuée à l'ectopie ou à la descente anormale du testicule. « Le sac sort de l'anneau inguinal externe mais ne s'engage qu'incomplètement ou pas du tout dans le scrotum et se porte soit en haut et en dehors sous la peau de l'abdomen, soit en bas et en dehors sous celle de la cuisse, soit en arrière sous la peau du périnée. (1) »

A son exemple les auteurs anglais et américains

(1) E. Kuester. — *Beiträge zur Lehre von den Hernien in Arch. f. Klin. chir.*, 1886, t. XXXIV, p. 202. Citation de M. Aug. Broca.

décrivent sous le nom d'interstitielles des hernies superficielles et propéritonéales ; ce qui ne laisse pas d'amener quelque confusion. Il faut être prévenu. En présence d'un cas de hernie dite interstitielle on doit toujours se demander à quelle variété on a affaire. Aussi chez eux les observations semblent-elles être moins rares que chez nous.

En 1895 Murray publie une observation sur ce sujet ; en 1896, Breiter écrit un article basé sur 35 observations de hernies interstitielles ou propéritonéales, qu'il avait pu recueillir. Cet article fut publié dans une Revue par White de New-York. Ces 35 observations jointes aux 24 de Kronlein portaient à 59 le nombre total des cas observés. En 1897 Barker publiait deux nouvelles observations ; la même année, N. S. Scott écrivait une note à propos d'un cas nouveau qu'il avait été appelé à observer. En 1898, M. Adam Eccles, de Londres, dans un important article publié par « *The Lancet* » (1) s'étendait assez longuement sur la pathogénie de cette affection à propos d'un autre cas qu'il venait d'observer chez un jeune homme de vingt-six ans dont le testicule n'était descendu dans les bourses qu'à l'âge de 16 ans. Nous rapportons plus loin cette observation.

Enfin, plus récemment encore, en 1899, paraissait dans « *Annals of Surgery* (2) » une intéressante étude

(1) *The Lancet*, 1898, p. 1695.

(2) *Annals of Surgery*. Décembre 1899, p. 696.

sur le même sujet, sous le nom de Van Burnen Knott de Sioux, Iowa, étude dont la *Presse Médicale* publia quelques extraits. L'auteur rapporte une observation que nous lui empruntons.

Etiologie.

Nous ne ferons qu'énumérer ici les différentes causes qui ont été invoquées pour expliquer la pathogénie de cette variété de hernie, nous réservant de les examiner et discuter dans le chapitre qui suit.

On a tour à tour signalé :

1° L'absence ou l'étroitesse extrême de l'orifice externe du canal inguinal, réduit parfois à un simple pertuis ;

2° Une anomalie dans la migration du testicule. Ce dernier en ectopie inguinale barrerait la voie à la hernie et s'opposerait à son passage dans le scrotum. Il serait lui-même retenu par un cordon trop court ;

3° La persistance de la portion intra-inguinale du canal vagino-péritonéal et son oblitération au niveau de l'anneau interne, oblitération qui expliquerait aussi l'ectopie testiculaire dont s'accompagne la hernie intersituelle ; c'est plutôt la réciproque qui serait vraie ;

4° Le déplacement de l'anneau inguinal interne, placé plus en dehors et plus haut qu'il n'est normale-

ment : d'où brièveté du cordon ou si on veut canal inguinal allongé et ectopie testiculaire ;

5° Un certain arrêt de développement des muscles de l'abdomen, du petit oblique et transverse principalement. D'où existence d'une loge remplie par du tissu cellulaire lâche autour et au dessus de l'orifice interne du canal inguinal, loge qui favoriserait la production de la hernie interstitielle ;

6° Le port d'un bandage mal adapté qui, pour ne pas blesser la glande en ectopie inguinale, n'obturerait que l'anneau externe du canal inguinal ;

7° Enfin, Paul a rapporté un cas de hernie interstitielle dû à une kélotomie antérieure qui avait laissé subsister l'orifice interne du canal inguinal et si bien oblitéré l'orifice externe qu'il n'avait pu être franchi par la hernie développée dans l'intérieur du trajet inguinal.

IV

Anatomie pathologique et pathogénie.

Pour pouvoir bien comprendre le mode de formation de la hernie inguino-interstitielle, il sera utile, croyons-nous, de rappeler brièvement l'anatomie normale et pathologique de la région iléo-inguinale.

Les différentes couches qui forment la région iléo-inguinale sont en allant d'avant en arrière :

1^o La peau ;

2^o Les deux lames du fascia superficialis ;

3^o L'aponévrose d'enveloppe du grand oblique, dont l'arcade crurale ne serait qu'une dépendance pour certains anatomistes ;

4^o Les muscles petit oblique et transverse ;

5^o Le fascia transversalis, fascia transversalis fibreux et couche sous-péritonéale ou fascia transversalis celluleux ;

6^o Enfin le péritoine qui présente trois fossettes : externe, moyenne, interne, par lesquelles se forment les différentes variétés de hernies inguinales.

Les différentes couches de la région inguinale sont traversées par un canal oblique, dirigé en bas, en dedans

et en avant, le canal inguinal qui livre passage aux éléments du cordon spermatique chez l'homme et au ligament rond chez la femme.

La longueur de ce trajet est d'environ 5 à 6 centimètres chez l'homme. Chez la femme il y a 4 à 5 millimètres en plus. Ce trajet présente trois parois et deux orifices. La paroi inférieure est formée par l'arcade crurale qui forme une gouttière à concavité supérieure ; l'antérieure, par l'aponévrose résistante du grand oblique, la postérieure, par le fascia transversalis fibreux. Il n'y a pas de paroi supérieure. En haut, fait remarquer M. Tillaux, la paroi, plutôt virtuelle que réelle, est constituée par une couche abondante de tissu cellulaire lâche qui se laisse facilement distendre et forcer.

Des deux orifices, le supérieur interne ou profond correspond à la fossette inguinale externe et se trouve normalement situé sur le milieu d'une ligne allant de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'épine du pubis et à deux travers de doigt au dessus de l'arcade crurale. L'orifice externe qui peut être facilement senti chez l'homme, en déprimant avec le doigt la partie supérieure du scrotum et en le dirigeant dans la direction du canal inguinal est constitué par trois piliers, l'un postérieur, ligament de Colles qui ne peut être senti ; les deux autres, l'un supérieur ou interne, l'autre inférieur ou externe sont constitués par deux bandelettes fibreuses, dépendances de l'aponévrose du grand oblique. Le pilier supérieur s'insère à l'angle, l'inférieur à l'épine du pubis. C'est leur écartement qui forme l'orifice

externe du canal inguinal, écartement qui est limité en haut par des fibres arciformes.

L'intestin engagé dans le trajet inguinal ou pour mieux dire dans le canal séreux qui le tapisse, souvent non oblitéré à la naissance, n'en pourra sortir que par l'orifice externe dont les fibres s'écarteront encore sous la force de la poussée abdominale. Mais supposons que par suite d'une anomalie congénitale cet orifice n'existe pas ou soit trop étroit pour lui donner passage, les conditions anatomiques spéciales nécessaires à la production de la hernie interstitielle seront remplies. Contenue en bas par des aponévroses résistantes, la hernie dilatera d'abord le canal inguinal, puis elle se développera par en haut, du côté de la moindre résistance, dans l'interstice celluleux des muscles de la paroi qu'elle décolle parfois, nous l'avons déjà dit, sur une vaste étendue. Elle restera limitée obstinément à la paroi inguinale, sans jamais franchir l'anneau externe, sans pouvoir jamais devenir scrotale, assure M. Tillaux. Cette absence ou étroitesse de l'orifice inférieur du canal inguinal est intimement liée à l'ectopie testiculaire. L'ectopie inguinale surtout favorise la production de la hernie interstitielle, parce que dans ce dernier cas « la continuité persiste ordinairement entre la vaginale et le péritoine, en sorte que l'intestin trouve là un sac tout préparé et peut s'y engager dès la naissance » (1).

Voilà brièvement exposée la théorie de M. Tillaux, théorie encore classique, qui ne va pas sans soulever

(1) Tillaux. — *Anatomie topographique*, p. 672.

un certain nombre d'objections dont la plus spécieuse est celle de M. Ricard, c'est-à-dire que dans nombre de cas de hernies interstitielles bien constatées, indéniables, cette étroitesse de l'orifice inférieur n'existe pas. Toutes les observations que nous rapportons, sauf une, la contredisent également. M. Broca ne croit pas à cette étroitesse comme cause principale de la hernie interstitielle. Nous croyons pouvoir ajouter que MM. Berger, Peyrot, Hartmann, Marion, Souligoux, etc., n'y croient pas davantage. On lit également dans le *Traité de chirurgie* de MM. Le Dentu et Delbet (1) : « Nous venons dépasser en revue cette théorie qui veut que l'orifice inguinal se rétrécisse et s'oblitére. Mais cependant celui-ci est préformé à la descente du testicule, comme l'est aussi le canal vagino-péritonéal qui prend la place du processus vaginalis. Il manque donc à cette théorie une explication qui permette de comprendre à la fois la suppression du canal vagino-péritonéal dans sa partie inférieure et la fermeture simultanée de l'anneau inguinal externe. » Nous pouvons également rapprocher des lignes qui précèdent ce que dit M. P. Besançon (2) à propos de l'ectopie testiculaire : « Contrairement à certaines observations anciennes et à l'opinion de quelques auteurs qui voient dans l'étranglement de l'anneau inguinal externe la cause de bien des ectopies, nous avons presque toujours noté qu'on pouvait introduire le bout du doigt dans l'orifice cutané du trajet inguinal; il laissait donc un espace

(1) Le Dentu et Delbet. — *Traité de chirurgie*.

(2) Paul Besançon. — Thèse Paris, 29 juin 1892.

largement suffisant au testicule qui pourtant restait dans le canal. »

Cependant l'observation de M. le professeur Tillaux est concluante. L'orifice externe était si étroit qu'un simple filet nerveux s'en échappait.

Celle de M. Jeanbrau, de Montpellier, la corrobore. L'orifice externe ici faisait même complètement défaut. D'autre part, M. Gérard Marchand (1) a observé, en 1890, dans le service de son maître, M. le professeur Berger, à Lariboisière, chez un jeune homme de 18 ans atteint de hernie congénitale avec ectopie à droite, que « le testicule était renfermé dans une coque fibreuse, dépendant de l'aponévrose du grand oblique : « une véritable collerette fibreuse l'enserrait à son extrémité supérieure et le fixait aux piliers du canal inguinal. Ces tractus fibreux n'étaient pas le résultat d'un processus irritatif (port d'un bandage), mais d'une disposition anatomique irrégulière, d'une sorte de malformation. » A propos d'opérations pour ectopie testiculaire, M. le docteur Jolaguier a remarqué que le scrotum de ses opérés était presque toujours rudimentaire. « Dans quatre cas, dit-il, je l'ai trouvé fermé par une épaisse membrane fibro-élastique (que je crois avoir signalée le premier en 1889), qui me paraît être une dépendance de l'appareil suspenseur des bourses » (2).

La même opinion est exprimée par M. Berger : « Les adhérences que présente le cordon spermatique ont été

(1) *Bulletin de la Société de chirurgie*, 9 avril 1890.

(2) *Semaine médicale*, 24 avril 1889, p. 131.

notées par tous les auteurs ; celles-ci m'ont paru constituées par les insertions du crémaster, dont les faisceaux, anormalement peu développés et très courts, quoique très résistants, vont se fixer les uns à l'arcade de Fallope, dans le trajet inguinal, les autres aux parois. Dans une opération toute récente, il m'a fallu sectionner successivement ces deux ordres de faisceaux avant de pouvoir faire descendre le testicule ; aussitôt après avoir effectué cette section, j'ai vu le canal déférent, flexueux, se dérouler et le testicule céder aux tractions grâce auxquelles il put être amené et fixé dans le scrotum (1). »

Dans des cas pareils, on se l'imagine sans peine, hernie et testicule auront peine à se faire jour et à franchir jamais une barrière si résistante.

Tous ces faits et la thèse de M. Rumpel (2), sont un acheminement à une deuxième théorie qui paraît répondre à l'opinion de plusieurs chirurgiens illustres et qui tend de plus en plus à prévaloir. D'après cette théorie, il faut attribuer la hernie interstitielle à la persistance du canal vagino-péritonéal dans sa portion intra-inguinale et à son oblitération dans sa partie inférieure au voisinage de l'anneau externe ; mais l'anneau lui-même n'a rien à y voir. L'intestin s'engage dans le canal vagino-péritonéal qui est pour lui une voie toute tracée et arrive au contact immédiat du testicule arrêté lui-même au point où le canal vagino-péritonéal se ter-

(1) Berger. — *Bulletin de la Société de chirurgie*, 4 janv. 1893.

(2) Rumpel. — *Loc. cit.*

mine en cul-de-sac, ou tout au moins présente un diaphragme insuffisant pour lui livrer passage. Pour que la hernie puisse franchir cet arrêt, il faudra que la poussée abdominale provoque le glissement du péritoine et refoule dans le scrotum le testicule retenu souvent par un cordon trop court et en ectopie à l'orifice même du canal inguinal qu'il obstrue. D'autre part, l'organe mâle est enfermé dans le sac herniaire formé par le canal péritonéo-vaginal oblitéré en ce point et terminé en un cul-de-sac qui se continue sous forme de lamelle fibreuse très adhérente, reste du canal vaginopéritonéal oblitéré ou peut-être encore comme le prétendent certains, du faisceau moyen du gubernaculum testis. Il y aura donc là des adhérences fibreuses très résistantes dont testicule et hernie devront triompher pour pouvoir pénétrer dans le scrotum. Cette résistance sera la cause de la dilatation d'abord, puis de la dissociation du canal inguinal et des muscles de la paroi par les anses intestinales (1).

Cette théorie a non seulement le mérite d'être d'accord avec l'embryologie mais encore d'expliquer tous les cas de hernies interstitielles vraies qui ont pu sembler parfois fort disparates.

On sait, en effet, aujourd'hui après les travaux de Bramann, de Kölliker, de Eichbaum, de Wechselmann (2), que le canal péritonéo-vaginal préexiste à

(1) Aug. Broca. — *Bulletin de la Société anatomique*, t. II, 5^e série, p. 418.

(2) Wechselmann. — *Archiv. für Klinische chirurgie.*, 1890.

la descente du testicule, qu'il s'oblitére vers la fin de la vie fœtale et qu'il est généralement oblitéré à la naissance.

Les travaux de Féré, Sachs, A. Broca nous apprennent qu'il en est de même du canal de Nück, son analogue chez la femme.

Mais cette oblitération fait quelquefois défaut à la naissance ; dans la plupart des cas, elle se fait alors assez rapidement, mais la perméabilité du canal peut exister en totalité ou en partie même chez l'adulte. C'est ce qui se produirait d'après Ramonède (1) dans quinze pour cent des cas. Quelquefois l'oblitération ne porte que sur un point et il peut alors se produire suivant que le cloisonnement est complet ou qu'il subsiste un petit orifice, un kyste ou une hydrocèle dans la vaginale au dessous du point oblitéré et une hernie au dessus. « Dupuytren a opéré une hernie interstitielle au dessous de laquelle le scrotum était distendu par une hydrocèle, quoique le testicule fût dans le canal, et l'existence d'un diaphragme percé d'un petit orifice au niveau de l'anneau du grand oblique, empêchait d'admettre la descente progressive de la séreuse distendue par le liquide (2). »

Dans quel cas observe-t-on surtout la persistance dans sa portion supérieure du canal vagino-péritonéal ?

(1) Ramonède. — Th. Paris, 1883.

(2) Dupuytren. -- Art. « Hernie » du *Dictionnaire encyclopédique*, cité par M. Aug. Broca, 4^e série, t. XV. p. 794.

C'est quand le testicule n'a opéré sa migration qu'incomplètement et qu'il est en ectopie inguinale. C'est ce qui explique que dans tous les cas, bien nets de hernie interstitielle, le testicule a été retrouvé à l'intérieur du sac, fait observé par MM. Goyrand, Dance, Tillaux, Berger, Meinhardt-Schmidt, Rumpel, Peyrot, Tuffier, Souligoux, Van Burnen, Knott, Jeanbrau, etc. (Voir plus loin nos observations).

Est-ce à dire que sous l'impulsion abdominale sans cesse renouvelée, le testicule ou la hernie arrêtés au niveau de l'orifice externe, au fond du cul-de-sac péritonéo-vaginal, ne pourront jamais vaincre la résistance des trousseaux fibreux qui maintiennent le sac herniaire ou le testicule en ce point, et franchir cet orifice ?

Le cas observé par M. Adam Eccles de Londres semble prouver le contraire. Il s'agit d'un jeune homme de 26 ans, atteint d'une hernie inguino-interstitielle très prononcée. Jusqu'à l'âge de 16 ans, il avait été impossible au malade de sentir le testicule droit dans les bourses, pas même à la région supérieure

Quand M. Adam Eccles le vit à l'âge de 26 ans, le testicule droit, beaucoup plus petit que le gauche, occupait la partie supérieure du scrotum où il n'était descendu, disait le malade, que vers 16 ou 17 ans. Le chirurgien anglais interprète les faits de la façon suivante : le malade serait venu au monde avec le testicule en ectopie inguinale, et le canal vagino-péritonéal perméable jusqu'au niveau de l'orifice externe du canal inguinal. De bonne heure des anses intestinales se seraient

engagées dans ce sac herniaire préformé ; arrêtées au niveau de l'orifice externe par le testicule en ectopie et le fond du cul-de-sac péritonéo-vaginal, elles auraient d'abord dilaté le canal inguinal puis se seraient insinuées dans les interstices cellulaires de la paroi. Enfin la poussée abdominale s'exerçant sans cesse aurait vaincu la résistance des adhérences fibreuses qui retenaient le testicule ou son cordon et l'organe mâle aurait alors franchi l'anneau externe puis serait descendu peu à peu dans le scrotum où se serait fait jour à sa suite une petite pointe de hernie.

Ne pourrait-on pas expliquer ainsi les observations de M. Broca et de M. Ricard ? Le testicule dans ces deux cas n'a-t-il pas de même été en ectopie inguinale avant d'être dans le scrotum ? Et chez le malade de M. Broca la hernie n'aurait-elle pu devenir en partie scrotale, si l'étranglement ne fut survenu avant ? M. Broca ne ferait aucune difficulté, nous en sommes sûr, à admettre ce dernier point, lui qui répond à G. Dreyfus quand il prétend que la véritable hernie interstitielle ne deviendra jamais scrotale de la façon suivante : « C'est entrer gratuitement dans le domaine de l'affirmation pure.... Et que l'on ne déclare pas cette descente impossible, de par l'ectopie testiculaire et l'étroitesse de l'anneau inguinal externe. Il ne manque pas de hernies qui descendent ainsi quoique la glande séminale ne leur ait jamais frayé la voie (1). »

Qui pourrait affirmer que quelques-uns des cas de

(1) Aug. Broca. — *Bulletin de la Société anatomique*, 1888, t. II, 5^e série, p. 118.

hernie interstitielle que l'on a prétendu ne pouvoir jamais devenir scrotale, ne se seraient pas comportés comme celui de Van Burnen Knott (1) si l'étranglement l'opération ou la mort ne fussent survenus à temps pour couper court à toute argumentation ?

Disons en terminant ce chapitre sur la pathogénie de la hernie interstitielle qu'elle s'observe tout aussi bien chez la femme, que chez l'homme, plus souvent même chez la première affirme Mc Adam Eccles, assertion que la statistique semble contredire. Qu'on la rencontre chez la femme, c'est indéniable. On en cite plusieurs observations ; et cela se conçoit sans peine si on se rappelle que le canal de Nück, l'analogue du canal péritonéo-vaginal chez l'homme, peut comme ce dernier persister en totalité ou en partie après la naissance. C'est ce que démontre l'existence de kystes d'hydrocèles à son intérieur. S'il reste perméable dans sa partie supérieure et en communication avec la grande séreuse péritonéale et qu'il s'oblitére dans son segment inférieur les conditions requises pour la production de la hernie interstitielle se trouvent réalisées, d'autant mieux que le canal inguinal est plus long chez la femme que chez l'homme. On comprend donc difficilement que Mc Adam Eccles aille rechercher l'ectopie de l'ovaire pour expliquer sa pathogénie.

(1) Voir plus loin cette observation.

Symptômes et diagnostic.

Nous ne nous arrêterons que peu sur ce chapitre. Les symptômes de la hernie interstitielle ont été exposés d'une manière magistrale par M. Tillaux et assez bien décrits par la plupart des auteurs qui ont traité ce sujet.

Au reste, il suffit en général d'être prévenu pour savoir dépister cette grave affection.

Disons en passant que : 1° l'absence du testicule dans le scrotum servira à mettre sur la voie ; et 2° que le diagnostic se confirmera par la présence dans la région inguinale, au-dessus de l'arcade de Fallope, d'une tumeur de forme généralement aplatie, de volume très variable, faisant un relief plus ou moins appréciable, suivant l'embonpoint ou la maigreur du sujet, relief qui peut se limiter au trajet inguinal distendu, ou remonter, nous l'avons dit, jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure ou l'ombilic.

Cette tumeur est généralement sonore, indiquant la présence de l'intestin. Dans quelques cas, elle se remplit de liquide, devient fluctuante et peut être alors d'un

diagnostic difficile. En l'absence de tout étranglement on pourrait croire à une collection purulente, ou à une large hydrocèle, développée dans la vaginale d'un testicule en ectopie, tumeurs qui peuvent se rencontrer dans la même région.

Le diagnostic serait rendu encore plus difficile par la présence des testicules dans le scrotum (cas de M. Broca).

Les causes d'étranglement sont multiples ; les agents habituels en sont le testicule, une bride fibreuse, le collet du sac et la pression des lames musculo-aponévrotiques de la paroi abdominale.

VI

Traitement.

Dans ce genre d'affection, le meilleur bandage se montrera toujours insuffisant; il sera même douloureux et dangereux, et le taxis échouera le plus souvent en raison de l'épaisseur des lames interposées entre le sac herniaire et la main de l'opérateur. Le seul traitement rationnel que reconnaisse la hernie interstitielle est celui de la cure radicale que l'on pourra faire suivre dans quelques cas de l'orchidopexie. On ne saurait mieux résumer que l'a fait M. Richelot, les raisons multiples qui commandent ici l'intervention sanglante : « La rétention du testicule au dessus du trajet inguinal ou dans ce trajet, dit-il, a de nombreux inconvénients. La glande séminale est dépourvue de ses aptitudes fonctionnelles ou bien elle les perd à un certain âge, tandis que descendue artificiellement et replacée dans les bourses, elle peut encore, à moins d'atrophie extrême, continuer son évolution et devenir apte à jouer son rôle. Dans sa position anormale, elle est exposée aux blessures, à l'orchite, aux néoplasmes. Elle peut, si elle s'enflamme, être la cause d'une péritonite, parce que la séreuse qui l'entoure communique largement

avec l'abdomen (1) ». Ajoutons que la plupart des cryptorchides ou monorchides éprouvent des douleurs qui gênent la marche et les exercices du corps et qui vont chez certains d'entre eux, jusqu'à déterminer la syncope.

Au reste, en présence d'une hernie qui d'un moment à l'autre peut forcer l'intervention, l'hésitation n'est pas possible. Il vaut mieux opérer dans de bonnes conditions, que d'attendre que de graves accidents viennent affaiblir le sujet et rendre l'opération plus délicate.

« Dans les cas où une hernie accompagne l'ectopie testiculaire, la conduite à tenir, dit M. Tuffier, me paraît simple. Chez tous les enfants, chez les adultes au dessous de 30 ans et dans le cas où le testicule paraît bien développé, on doit pratiquer la cure radicale avec réfection d'une vaginale, descente et fixation du testicule » (2). On comprendra la préoccupation des chirurgiens et toutes les ressources qu'ils ont déployées dans ces dernières années pour sauver cette glande et empêcher son atrophie, si on se rappelle l'importance de ses fonctions physiologiques. Il en est du testicule comme du foie, comme du corps thyroïde, comme de la capsule surrénale si on veut, outre ses fonctions de sécrétion externe bien connues, elle paraît avoir aussi des fonctions de sécrétion interne, nécessaires au bon

(1) Richelot. — *Bulletin de la Société de chirurgie*, 9 avril 1890, t. XVI, p. 275.

(2) Tuffier. — *Bulletin de la Société de chirurgie*.

développement de l'organisme. On s'est même demandé s'il n'y avait pas une relation de cause à effet entre les malformations de l'appareil sexuel chez certains dégénérés et leur état général. Dans la plupart des cas observés cependant, le développement du testicule après l'opération n'a pas paru modifier beaucoup l'état général : la dégénérescence a persisté. Ce qui fait croire à M. Tuffier (1) « qu'il y a bien indépendance des états ou plutôt malformation congénitale portant sur le système nerveux comme sur l'appareil sexuel ». Mais tous les cryptorchides ou les monorchides ne sont pas des dégénérés proprement dits, et en outre de la satisfaction morale qu'ils éprouveront à se sentir constitués comme tout le monde, l'opération pourra leur rendre l'usage d'une des glandes les plus importantes de l'économie et les débarrassera de la plus dangereuse des hernies.

Tant de raisons font plus que justifier, elles commandent l'intervention. Mais sera-t-il toujours possible de compléter artificiellement la migration du testicule ? L'opérateur rencontre souvent de nombreuses et sérieuses difficultés créées par les nombreuses adhérences que présentent le testicule et le cordon spermatique.

« Il faut aussi compter, dit M. Berger (2), avec les adhérences qui fixent le canal déférent et les vaisseaux spermatiques au péritoine pelvien. » Sans doute, le péritoine, grâce à la laxité du tissu cellulaire sous-péri-

(1) Tuffier. — *Bulletin de la Société de chirurgie*.

(2) Berger. — *Loc. cit.*

tonéal, se laissera toujours attirer suffisamment pour permettre la descente du testicule jusqu'au scrotum. Mais l'élasticité du péritoine reprenant ses droits tendra à faire remonter la glande dès que la traction exercée pour la faire descendre cessera ; d'où la nécessité, dit encore M. Berger, « d'interrompre absolument les connexions qui rattachent le testicule et la séreuse qui lui correspond à la grande séreuse péritonéale » (1). Or, dans le cas qui nous occupe, ce but sera assuré par la cure radicale de la hernie interstitielle. L'opération n'est donc pas plus compliquée que celle de l'orchidopexie ; c'est en quelque sorte la même.

Un autre obstacle sérieux, parfois insurmontable, réside dans la brièveté anormale du cordon, principalement dans la brièveté des vaisseaux qui se portent au testicule. Et dans la libération des éléments du cordon, dans la dissection des trousseaux fibreux qui les retiennent, il y a une grande précaution à prendre pour ne pas blesser l'artère spermatique. Tant de difficultés et l'atrophie extrême de l'organe justifient la castration à laquelle l'opérateur, comme *ultima ratio*, est parfois obligé d'avoir recours.

Ceci étant établi, voici, dans ses grandes lignes, le manuel opératoire adopté par M. le docteur Peyrot et son chef de clinique M. le docteur Souligoux, dans la cure radicale de certaines hernies inguino-interstitielles ;

C'est à peu de chose près celui qu'a préconisé M. le Professeur Berger à propos de l'orchidopexie à la Société de Chirurgie, séance du 4 janvier 1893.

(1) Berger. — *Loc. cit.*

Par une incision dirigée dans le sens du trajet inguinal, sur une longueur qui varie de 6 à 12 centimètres environ, suivant le volume de la hernie, incision qui intéresse successivement la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose du grand oblique et souvent quelques fibres du petit oblique, le canal inguinal est largement ouvert. L'anneau inguinal profond est mis à découvert en relevant, s'il y a lieu, le bord inférieur du muscle petit oblique et l'incision est prolongée au delà de l'orifice externe. On arrive ainsi sur le sac herniaire constitué par le canal péritonéo-vaginal. Le sac est fendu dans la direction de l'incision cutanée. S'il contient du liquide celui-ci s'écoule et on se trouve alors généralement en présence du testicule et de quelques anses intestinales, quelquefois de l'épiploon. S'il y a étranglement on cherche à le lever. Dans la recherche de la cause d'étranglement, le chirurgien portera son doigt vers l'orifice supérieur du canal et, s'il le trouve trop étroit pour permettre la réduction, il en fera le débridement.

L'intestin est ensuite examiné ; s'il est reconnu sain, il est réduit. Sinon, on contourne le point de stricture présentant une couleur feuille morte par quelques points de suture séro-séreuse de Lembert. (Il est clair que s'il y avait une large escharre, toute une anse gangrenée, il faudrait recourir à un des procédés usités en pareil cas). Cette précaution prise, on réduit comme à l'ordinaire. On vérifiera la rentrée de l'intestin en introduisant son doigt dans l'orifice herniaire dont on contournera le bord pour éviter les mises en place

défectueuses et les apparences de réduction. L'épiploon qui fait saillie est remis simplement en place ou, lorsqu'il est épaissi, est incisé après ligature. Puis on s'attache à libérer le testicule et les éléments du cordon de leurs adhérences avec le sac herniaire, c'est-à-dire la séreuse péritonéale. Ce n'est généralement qu'en poussant ces manœuvres de libération très haut, jusque dans l'abdomen, en isolant les éléments du cordon du bord péritonéal qui forme l'orifice du sac, en décollant même le péritoine avec le doigt tout autour et au dessus de l'anneau inguinal profond que l'on arrive à pouvoir amener le testicule à sa place normale.

Le sac herniaire est à son tour disséqué, libéré des connexions fibreuses qui l'unissent aux tissus voisins; en un mot, il est isolé, pédiculisé, lié au dessus de l'origine du conduit péritonéo-vaginal et finalement sectionné au dessous de la ligature. On peut, comme le pratiquait autrefois M. Berger, fixer ce pédicule le plus haut possible à la paroi abdominale suivant le procédé de Barker. L'orifice interne du canal inguinal qui livrait passage à la hernie est fermé au moyen d'une soie fine.

Il convient après cela de reconstituer le canal inguinal. Dans bon nombre de hernies interstitielles, en effet, la paroi postérieure du trajet inguinal ou du moins son revêtement fibreux, fait à peu près défaut et ce trajet par sa face profonde correspond directement au tissu cellulaire sous-péritonéal. Il faut donc, comme le conseille M. Berger (1) « substituer à cette sorte d'éven-

(1) Berger, *loc. cit.*

tration une paroi abdominale résistante et solide, reconstituer autour du cordon spermatique tous les plans de la paroi abdominale en rétablissant leur continuité dans toute l'étendue du trajet inguinal. Telle est, ajoute-t-il, une des conditions les plus essentielles que doit remplir toute opération de cure radicale bien faite ». Dans ce but on suture par quelques points à la soie à la lèvre inférieure de l'arcade de Faloppe, qui forme un relief très marqué, l'aponévrose d'insertion des muscles petit oblique et transverse, tendon conjoint des Anglais. La paroi ainsi consolidée, le cordon est replacé au point qu'il doit normalement occuper.

2. Finalement le testicule est poussé dans la bourse correspondante. On effondrera pour cela la membrane cellulo-fibreuse qui souvent ferme en haut le scrotum. Il faudra aussi quelquefois l'introduction répétée du doigt pour creuser dans un scrotum rudimentaire une cavité capable de recevoir et de loger l'organe mâle. Comme la contraction du scrotum suffirait à elle seule en pareil cas, sans parler de tractions diverses pour le faire remonter, il est fixé de la manière suivante : *a*) un point de suture partant du pubis, passant à travers les éléments fibreux de la région, va se fixer aussi haut que possible aux débris péritonéaux adhérents au cordon ; *b*) un second point passant à travers l'aponévrose pectinée en fait autant un peu plus bas. Si le chirurgien le juge à propos, il pourra renforcer encore cette fixation en suturant par quelques points au catgut les éléments du cordon à la paroi abdominale,

De ce fait, le cordon est intimement fixé à la lèvre horizontale du pubis et on constate que le testicule reste en place sans tendance à remonter et qu'en tirant même sur les éléments du cordon il est impossible de les attirer.

L'incision de l'aponévrose du grand oblique est enfin réunie par un certain nombre de points de suture à la soie qui la ferment dans toute sa hauteur et rétrécissent le plus possible l'anneau inguinal externe. L'opération se termine par la suture de la peau, sans drain.

Il reste bien entendu que ce mode de traitement ne saurait convenir qu'aux jeunes sujets chez lesquels le testicule n'est pas encore très atrophié et dont la hernie est encore incluse dans le canal inguinal distendu.

Le plus souvent le chirurgien se trouvera en présence d'un testicule complètement atrophié, dont la descente, du reste, sera reconnue impossible. Il sera alors amplement autorisé à avoir recours à la castration.

Dans les larges hernies interstitielles qui ont décollé les muscles de la paroi abdominale sur une vaste étendue jusqu'à l'ombilic ou l'épine iliaque antéro-supérieure, on ne pourra guère procéder autrement que ne l'ont fait MM. Tillaux, Kirmisson et Van Burnen Knott.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Par M. Peyrot, hôpital Lariboisière, 22 décembre 1900.

*Hernie inguino-interstitielle. — Cure radicale et
orchidopexie.*

B. R., âgé de 12 ans, avait été admis le 14 décembre, salle Nélaton, lit 35. Le 22, il fut opéré par M. Peyrot, pour une hernie interstitielle dont le diagnostic, grâce à l'ectopie testiculaire qui l'accompagnait avait pu être assez facilement établi.

Par une incision de 12 centimètres, dirigée dans le sens du trajet inguinal, M. Peyrot met à nu et dissèque avec soin de manière à bien se rendre compte de sa disposition, la face antérieure de l'aponévrose d'insertion du muscle grand oblique. On la voit bientôt nacrée, résistante, normale. En bas subsiste l'orifice externe du trajet inguinal, assez large pour permettre l'introduction du doigt. L'aponévrose est incisée dans toute la longueur de l'incision cutanée et au des-

sous d'elle, on trouve un sac herniaire dans lequel peut être senti le testicule, le seul organe que contienne le sac.

Ce sac a une longueur de 12 centimètres environ de sa partie supéro-interne, à sa terminaison inféro-interne, qui correspond à l'anneau inguinal externe. Il a 5 ou 6 centimètres de large et adhère aux plans aponévrotiques sous lesquels il se trouve inséré, mais peut en être détaché sans difficulté

En dedans, il repose sur la partie externe de la face antérieure du grand droit. On l'isole de partout et on constate que l'orifice de communication avec l'abdomen, se trouve placé haut et en dehors, plus haut peut-être même que l'orifice interne normal du trajet inguinal. Au dessus de cet orifice et en dehors, la poche se prolonge sur une hauteur de 5 à 6 centimètres. Le sac péritonéal est incisé. On voit alors le testicule qui reçoit directement les éléments du cordon réfléchi sur le bord inférieur de l'orifice péritonéal. L'opérateur s'attache à dégager le testicule et le cordon. Il n'arrive à pouvoir amener le testicule jusqu'au niveau des bourses qu'après avoir libéré complètement les éléments du cordon du péritoine qui formait le sac herniaire et également du bord péritonéal de l'orifice du sac. Il est clair que le cordon ne pouvait descendre jusque-là que parce que tous ses éléments et le testicule lui-même adhéraient partout au sac herniaire, lui-même fixé dans l'interstice des muscles de l'abdomen. Nous sentons qu'au dessus de l'orifice de communication avec l'abdomen commençait le bord épais des muscles petit oblique et transverse. De nombreuses fibres musculaires se détachaient de ce bord et venaient se perdre en avant et en arrière sur le sac herniaire qu'elles contribuaient à fixer solidement. Le sac ayant été isolé, ouvert et détaché des éléments du cordon

est finalement réséqué. L'orifice péritonéal est fermé au moyen d'une soie fine. Quant au testicule lui-même, il est poussé dans la bourse correspondante où l'on a creusé une loge avec le bout du doigt pour le recevoir. Puis il est fixé de la manière suivante : a) un point de suture partant du pubis passant à travers les éléments fibreux de la région, va se fixer aussi haut que possible aux débris péritonéaux adhérents au cordon b) un autre point passant à travers l'aponévrose pectinéale en fait autant un peu au dessous du précédent.

De ce fait le cordon est intimement fixé à la lèvre horizontale du pubis et on constate que le testicule reste en place sans tendance à remonter.

En tirant même sur les éléments du cordon, il est impossible de les attirer.

OBSERVATION II

Par M. Souligoux, hôpital Lariboisière, 23 décembre 1899.

Hernie inguino-interstitielle droite, étranglée. — Cure radicale et orchidopexie.

B. A., âgé de 22 ans, employé de commerce, bien que porteur d'une hernie étranglée, était arrivé à pied, conduit par son frère, à l'hôpital Lariboisière, où il fut admis, salle Nélaton, lit n° 8.

Quand M. M. Souligoux fut appelé à l'examiner, l'étranglement datait de deux jours avec arrêt complet des matières et des gaz et quelques vomissements qui n'étaient pas nettement fécaloïdes.

Une large tumeur se dessinait, toute comprise dans l'épais-

seur de la paroi abdominale, le long du trajet du canal inguinal qu'elle distendait, tumeur que M. Souligoux jugea être une hernie et avoir quelque rapport avec les symptômes d'occlusion que nous venons de signaler. L'orifice externe du canal inguinal existait en dehors de la hernie, assez large pour admettre le doigt. Le testicule absent des bourses pouvait être senti en ectopie inguinale au dessus de l'anneau externe. M. Souligoux, porte alors le diagnostic de hernie inguino-interstitielle, consécutive à une ectopie testiculaire, diagnostic que l'opération permettra d'affirmer.

Une incision de 12 centimètres environ est faite sur la tumeur le long du trajet du canal inguinal.

L'aponévrose du grand oblique paraît être normale.

Juste au dessous d'elle on tombe sur le sac herniaire qui est constitué par le conduit péritonéo-vaginal. Les anses herniées sont en effet en contact immédiat avec le testicule. L'intestin présente au niveau d'un des points de stricture, une couleur feuille morte, sans que cependant il y ait une diminution marquée de l'épaisseur de ses parois. Par mesure de prudence, cette place est contournée par des points de suture et l'intestin est réduit. Le testicule n'était pas atrophié, mais présentait un volume presque normal. Aussi procède-t-on à la cure de l'ectopie, et comme le conseille M. Berger, les éléments du cordon sont soigneusement libérés des adhérences qu'ils avaient contractées tout le long du conduit péritonéo-vaginal.

Cette dissection est poussée jusque dans l'abdomen. Ceci fait, le testicule descend dans les bourses sans aucun tiraillement, les éléments du cordon permettent même de descendre plus loin que le fond des bourses. Néanmoins par mesure de

prudence le cordon est fixé au pubis et à l'aponévrose d'insertion du muscle adducteur par deux fils. On constate alors que même en exerçant une traction sur le cordon, le testicule ne remonte pas, mais reste fixé au fond des bourses. Le sac herniaire disséqué, est maintenant réséqué et l'orifice interne du canal inguinal qui livrait passage à la hernie, fermé au moyen d'une soie fine.

L'opération se complète par la reconstitution du canal inguinal.

OBSERVATION III

Par Van Burnen Knott et publiée dans *Annals of Surgery*,
décembre 1899, p. 696.

Hernie inguino-interstitielle

J. B. German, fermier, âgé de 64 ans, se promenait en janvier 1892, à travers la ville de Sioux (Iowa) quand il ressentit soudain une violente douleur dans la région inguinale gauche qui le fit s'affaïsser sur le sol. Transporté chez un médecin du voisinage, il dit être porteur depuis plus de 50 ans d'une hernie qui jusqu'alors ne l'avait pas autrement incommodé et pour laquelle il n'avait jamais porté de bandage. A l'examen, le médecin constata l'existence d'une grosse hernie qui descendait à mi-chemin dans le scrotum gauche et qui remontait très haut dans la région inguinale. Après de longs efforts de taxis la tumeur disparut et le praticien assura le patient qu'il allait bientôt se sentir mieux ; au contraire, les symptômes d'occlusion ne firent que s'accroître et le malade fut transporté à l'hôpital où Van Burnen Knott fut appelé à l'examiner vers

six heures de l'après-midi. Il existait alors une vaste tumeur en forme de boudin au dessus et parallèlement l'arcade de Fallope et s'étendant de l'épine du pubis jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure et même au delà. Les téguments au dessus de la tumeur étaient rouge vineux. L'interne dit que quand le malade avait été admis, la tumeur n'était pas très appréciable, mais qu'elle avait vite progressé et allait toujours croissant. Le testicule était absent du scrotum du côté affecté et le malade affirma qu'il n'était jamais descendu. Tout effort de taxis devenant vain et l'état général empirant, le patient fut rapidement préparé pour être opéré. Après incision, le testicule fut rencontré juste au dessus de l'orifice externe et comme il était atrophié, il fut enlevé. L'incision fut poussée plus loin en dehors et le sac mis à nu. Il était placé entre le grand et le petit oblique. A l'ouverture du sac une grande quantité d'un liquide louche s'échappa et environ huit pouces d'intestin, couleur brune presque noire, apparurent. Un doigt fut introduit dans le sac pour découvrir le point de stricture. Il fut découvert après bien des difficultés. Il était situé plus haut que de coutume et très à gauche. L'incision fut encore agrandie et l'étranglement qui n'était autre que le col du sac, débridé. La circulation se rétablit et l'intestin fut réduit dans la cavité abdominale. Les parois du sac situé entre le grand et le petit oblique étaient très épaisses et le sac s'étalait sur une vaste étendue. Il adhérait de toutes parts aux tissus voisins et ce ne fut qu'avec beaucoup de peine qu'il put être disséqué et réséqué. Le canal inguinal et la paroi furent alors reconstitués au catgut et la réunion se fit par première intention.

La guérison s'effectua sans autre incident.

OBSERVATION IV

Extraite d'un article sur la Hernie inguino-interstitielle, publiée dans « *The Lancet* » par M. Mc Adam Eccles, de Londres. Mai 1898, p. 1695.

« La persistance du canal vagino-péritonéal est une amorce pour la hernie qui trouve là une voie toute frayée ; mais le testicule en ectopie inguinale lui barre la route et s'oppose à son passage dans le scrotum. A l'appui de cette assertion, dit M. Mc Adam Eccles, je citerai le cas d'un jeune homme de vingt-six ans, chez qui j'ai pu constater dernièrement l'existence d'une hernie inguino-interstitielle bien prononcée. Depuis aussi longtemps qu'il était capable de se souvenir, ce jeune homme se rappelait avoir eu dans la région inguinale droite une tumeur pour laquelle il avait commencé à porter un bandage vers l'âge de dix ans. Il savait pertinemment que jusqu'à l'âge de seize ans, il lui avait été impossible de sentir le testicule droit dans le scrotum, pas même à la région supérieure. Quand je fus appelé à l'examiner, vers l'âge de vingt-six ans, ce jeune homme, je le répète, avait une hernie inguino-interstitielle très étendue et le testicule droit, bien que beaucoup plus petit que le gauche, était bien alors dans le scrotum où il n'avait pu être senti, disait le malade, qu'à l'âge adulte. »

Le chirurgien anglais interprète ainsi les faits. Le malade était venu au monde avec le testicule droit en ectopie à l'ori-

fice interne du canal inguinal, avec persistance de la portion intra-inguinale du canal vagino-péritonéal jusqu'à l'anneau externe. Dans la séreuse ouverte s'engagèrent de bonne heure des anses intestinales. Le testicule leur barrant la route au fond du canal inguinal et d'autres anses sous l'impulsion abdominale continuant à s'engager à la suite des premières, le péritoine fut distendu, attiré graduellement du côté de la moindre résistance, à savoir dans l'interstice cellulaire qui existe entre les muscles grand et petit oblique de l'abdomen. Puis, plus tard, la hernie ayant décollé le muscle grand oblique sur une vaste étendue, étiré, dissocié ou rompu en partie ses adhérences, vint presser de plus en plus sur le testicule qui, bien que retenu par son cordon, fut enfin refoulé à travers l'orifice externe dans le scrotum où se fit jour à sa suite une petite pointe du sac herniaire. »

OBSERVATION V

Par M. Tuffier. (Extraite du *Bulletin de la Société de Chirurgie*. 4 janvier 1843, p. 179.)

Hernie inguino-interstitielle.

Il s'agit d'un jeune homme de 20 ans qui était venu à la consultation des bandages au Bureau central ; tous les moyens de contention contre la hernie dont il était porteur avaient échoué. « Je trouvai au niveau du trajet inguinal

droit une tuméfaction diffuse du volume du poing ; tuméfaction difficilement réductible. Le scrotum de ce côté était vide et après réduction de la hernie on retrouvait dans le trajet inguinal un corps allongé résistant, du volume d'une noisette, rappelant par sa forme le testicule. Je portai le diagnostic d'ectopie testiculaire avec hernie inguinale interstitielle. Je résolus d'intervenir, le 27 février, au dispensaire de la rue Oudinot, je pratiquai la cure radicale. Je trouvai un sac herniaire inclus dans le trajet inguinal et dans l'épaisseur de la paroi abdominale. Ce sac communiquait profondément avec l'abdomen par un collet du volume du petit doigt et je reconnus au niveau de l'anneau inguinal externe, un testicule du volume d'une petite amande, sa consistance était flasque. Après résection de l'épiploon et du sac, je libérai le cordon aussi complètement que possible. Il me fut impossible d'abaisser le testicule, je fis la castration. »

OBSERVATION VI

Par A. Ricard, ex-prosecteur des hôpitaux. (*Bulletin de la Société Anatomique*. Année 1888. t. II, 5^e série, p. 111.)

Hernie inguino-interstitielle. Descente complète du testicule non atrophie.

« J'ai l'honneur de présenter à la Société anatomique une pièce provenant d'un sujet de l'amphithéâtre des hôpitaux.

Il s'agit d'une hernie inguinale gauche, interstitielle, sans ectopie testiculaire. L'orifice de la hernie présente le diamètre d'une pièce de 1 franc environ ; il siège en dehors de l'artère épigastrique, à l'orifice interne du canal inguinal. Au dessous de lui, se trouvent les éléments du cordon. Le sac a une forme étalée, aplatie et se dirige en grande partie en haut et en dehors, vers l'épine iliaque antérieure et supérieure. Il se trouve situé entre l'aponévrose du grand oblique et le muscle petit oblique. A peu près circulaire, il présente un diamètre moyen de six à sept centimètres. »

M. Ricard ajoute : « Ce qui fait l'intérêt de cette pièce, c'est que contrairement à ce qui a été soutenu jusqu'ici, l'orifice externe du canal inguinal est absolument libre, plutôt large qu'étroit, et donne passage à un cordon qui se termine au testicule normalement situé dans les bourses. »

OBSERVATION VII (Résumée).

Observation de M. A. Broca. — Extraite du *Bulletin de la Société anatomique*, 1888, t. II, 5^e série, p. 118.

Hernie ingu no-intersticielle étranglée. — Testicule dans le scrotum.

Il s'agit d'un jeune garçon de 13 ans et demi qui était entré le 22 janvier 1884, salle Denonvilliers, n° 2, service de M. Lannelongue, Lariboisière, pour des symptômes d'occlu-

sion intestinale. Le malade présentait au niveau de la fosse iliaque droite « une tumeur cylindrique, longue d'environ 6 à 7 cent., de 2 à 3 cent. de diamètre, en haut se terminant à 2 ou 3 cent. environ au dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure, arrivant à peu près en bas au niveau de la l'anneau inguinal externe. Cette tumeur est mate, dure, à peu près indolente à la pression même énergique. On isole bien un pli assez épais devant elle, mais M. Kirmisson appelé d'urgence auprès du malade ne saurait affirmer si la tumeur est ou non dans la paroi musculaire. Cette tumeur est un peu mobile transversalement. Pas de trace de tuberculose dans la famille ni sur le sujet. »

La présence des deux testicules dans le scrotum empêche de porter un diagnostic bien précis. Enfin le 23 au matin, un vomissement franchement fécaloïde abondant étant survenu et l'état général du sujet empirant, on se dispose à intervenir. Rendons la parole à M. Broca: « A 11 et demie M. Kirmisson opère sous chloroforme et dans l'absence de diagnostic précis, incise sur la tumeur qu'il accuse des accidents. Incision parallèle à l'arcade de Fallope. Après incision de l'aponévrose du grand oblique et d'une mince couche musculaire, on tombe sur une tumeur blanchâtre entourée d'une membrane qui est bien certainement le péritoine; l'existence d'une hernie est dès lors certaine, hernie en forme de gourde, serrée par une bride située à l'union du $\frac{1}{4}$ postéro-externe et des $\frac{3}{4}$ antéro-internes, Après incision en dédolant d'un pli du sac, une sonde cannelée est introduite et glisse bien jusqu'au bout et le tout est ainsi fendu sur la sonde cannelée. L'intestin est examiné avec soin: c'est l'intestin grêle peu altéré, présentant deux contours serrés;

évidemment un second collet étranglait en outre celui qui a été vu.

Réduction facile. Le sac n'adhérait pas aux muscles qui l'entouraient de toutes parts; il n'a pas été réduit; quatre sutures profondes et quatre superficielles, drain; pansement de Lister. »

La guérison s'effectua sans incident.



IX

Note sur une observation de M. Jeanbrau, de Montpellier.

Presse Médicale, 17 avril 1901.

M. Jeanbrau, de Montpellier, rapporte l'observation et montre les photographies à l'appui d'une volumineuse hernie inguino-interstitielle gauche, constatée sur un homme de 27 ans. « La cure radicale permet de reconnaître les particularités suivantes : 1° l'orifice externe du canal inguinal faisait complètement défaut et l'aponévrose du grand oblique, distendue et amincie, ne présentait pas de solution de continuité ; 2° le sac qui s'étalait sous cette aponévrose contenait de l'épiploon, une anse grêle et le testicule atrophié, situé à sa partie supéro-externe ; 3° le collet du sac suivait la direction du canal inguinal, c'est-à-dire plongeait en haut et en dehors, et présentait un renflement dans sa partie profonde ; ce renflement avait décollé le transverse du

fascia transversalis, et comme il était rattaché à la partie superficielle du sac par un collet rétréci, la hernie avait la forme dite pour les abcès « en bouton de chemise ».

CONCLUSIONS

Les développements et les observations qui précèdent semblent permettre de conclure :

1° Que la hernie inguino-interstitielle est une hernie congénitale qui paraît due à la persistance du canal vagino-péritonéal dans son trajet inguinal et à son oblitération plus ou moins complète au voisinage de l'anneau externe :

2° Que cette persistance du canal péritonéo-vaginal s'observe surtout dans les cas d'ectopie inguinale du testicule, ectopie qui paraît jouer un grand rôle dans la production de cette variété de hernie à laquelle le testicule adhèrent au sac péritonéal et retenu en outre par un cordon lui-même très adhérent ou trop court ferme en quelque sorte l'orifice externe du canal inguinal et barre la voie du scrotum :

3° Qu'à peu près dans tous les cas de hernie interstitielle bien définie, le testicule a été découvert à l'intérieur du sac, en contact immédiat avec l'intestin ou l'épiploon et en ectopie inguinale.

4° Qu'en conséquence on doit réserver le nom d'inguino-interstitielle à une hernie congénitale qui engagée

dans un sac herniaire préformé par la persistance du canal péritonéo-vaginal et trouvant une barrière infranchissable au niveau de l'orifice externe reste incluse dans le canal inguinal qu'elle dilate, puis dissocie les muscles larges de la paroi abdominale et s'insinue dans leur interstice.

5° Que ce serait être trop exclusif que de refuser droit de cité, dans cette variété, à des hernies réellement interstitielles, par la seule raison qu'elles sont devenues en partie scrotales, après avoir été longtemps nettement et uniquement interstitielles au sens strict du mot ;

6° Que cette variété de hernie s'observe également chez la femme ;

7° Que le seul traitement que reconnaisse cette grave affection, est celui de la cure radicale.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu : Le Président de la Thèse,
BERGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- P. Berger.* — Article *Hernies*. Traité de chirurgie de MM, Duplay et Reclus. Orchidopexie. Bulletin de la Société de Chirurgie. Séance du 4 janvier 1893.
- P. Bezançon.* — Ectopie testiculaire du jeune âge et son traitement. Th. Paris. 1892.
- Aug. Broca.* — Hernie inguino-interstitielle. Bulletin de la Société anatomique, 1888, t. II, 5^e série, p. 3.
- Van Burnen Knott.* — Interstitial hernia. Annals of surgery. Décembre 1899. p. 696.
- Dance* — Hernie intra-pariétale. Th. Paris 1835.
- Le Dentu et Delbet.* — Traité de path. Externe, t, VII, p. 675.
- G. Dreyfus.* — De la hernie inguinale interstitielle. Ses rapports avec l'ectopie du testicule.
- Dupuytren.* — Art. « Hernie inguinale ». Dict. encyclop. 4^e série, t. XV, p. 794.
- Mc. Adam Eccles.* — Interstitial Herniæ and their treatment. « The Lancet », 1898.
- Goyrand d'Aix.* — Mémoires de l'Académie de médecine, 1836, p. 14.

Jalaguier. — Bulletin de la Société anatomique 1^{er} mars 1891.

Semaine médicale, 24 avril 1889, p 131.

Malgaigne. — Traité prat d'anatomie chirurgicale, 1859, t. II, p. 228.

Seyrot. — Traité de path. Externe. Quatre agrégés

Ramonède. — Le canal vagino-péritonéal et la hernie péritonéo-vaginale étranglée chez l'adulte Th Paris, 1883.

Richelot. — Traitement de l'ectopie testiculaire Bulletin de la Société de chirurgie, 9 avril 1890

Rumpel. — Uber den interstitialem Leitenbruck, cité par M Aug. Broca.

Weinhardt Schmidt. — Erklärungsversuch zur Genen der Hernia inguinalis interstitialis (1885).

Tillaux. — Bulletin général de thérapeutique, mars 1871, p. 209.

Anatomie topographique, p 669.

Tuffier. — Bulletin de la Société de chirurgie, 10 avril 1889 et orchidopexie, 4 janvier 1893, p. 179.

